

CHAPITRE III : La culture au cœur du processus de guérison chez les Autochtones du Canada.

Dans ce dernier chapitre, nous allons tenter de saisir les manières dont les traditions des Premières Nations du Canada participent au processus de guérison des addictions. Tout d'abord, nous nous intéresserons aux conceptions de la maladie et du bien-être propres aux Autochtones, ainsi qu'à la signification qu'ils attribuent à la guérison. Nous mettrons en avant les caractéristiques communes des programmes canadiens axés sur la culture ; nous mentionnerons à ce titre quelques exemples de pratiques considérées comme traditionnelles. Puis, nous nous pencherons sur les impacts de la démarche de guérison à la fois au niveau individuel, familial et communautaire, les trois niveaux étant reliés. Nous nous questionnerons alors sur les indicateurs de réussite des programmes et sur les possibilités d'évaluation des interventions auprès des peuples autochtones. Nous pourrions remarquer l'importance centrale de la communauté et de l'engagement collectif dans le processus de guérison. Nous évoquerons les obstacles actuels pouvant entraver les processus de soins destinés aux populations autochtones. Enfin, nous porterons notre intérêt sur les problématiques des Autochtones vivant en milieu urbain. Nous examinerons le cas du projet Building a Nation (BAN) dans le but d'illustrer notre propos.

I) La contribution des savoirs autochtones dans la guérison des dépendances

A) La signification du bien-être : guérison individuelle et communautaire :

Nous l'avons vu, la guérison traditionnelle chez les peuples autochtones repose sur une dimension spirituelle et symbolique. L'univers spirituel des Amérindiens peut être considéré en tant que religion mais pas tel que nous l'entendons. Il ne s'agit pas de religions institutionnalisées par un dogme ou un fondateur. Elles font davantage référence à une médecine amérindienne, transcendant tous les aspects de la vie sociale. Les religions amérindiennes incluent ainsi un ensemble de pratiques et d'attitudes spirituelles, des rituels, des cérémonies et des croyances. La spiritualité amérindienne peut être comparée à un processus ou un « état de conscience » (Peelman, 1994, p. 74). Elle est marquée par une grande hétérogénéité selon les groupes mais des points communs se révèlent. Ce sont toutes des religions au caractère holistique, de type expérientiel/mystique et axées sur l'idée

d'harmonie cosmique avec la Nature. Les peuples autochtones attribuent à celle-ci un pouvoir thérapeutique et accordent en ce sens une grande importance à leurs terres ancestrales. Il y a un lien indissoluble entre le cosmos, l'humain et le divin, tous unis au sein d'un réseau de relations inclusif (Peelman, 1994).

Nous retrouvons dans tous les rituels une référence explicite à des entités désignées comme des « esprits ». Ces derniers sont des puissances spirituelles intermédiaires entre les hommes et l'Être suprême ou Wakan Tanka (le Grand Mystère). Les Amérindiens cherchent donc à maintenir de bonnes relations avec eux car ils ont le pouvoir d'agir dans le monde des humains, en tant que manifestations concrètes du divin. Wakan Tanka est au fondement de l'être humain et de tout ce qui « est » dans le monde. Il est une sorte de présence à la fois « insaisissable » et « indéfinissable », qui revêt une forme singulière mais un sens collectif pour tous les peuples autochtones (Peelman, 1994). L'expérience religieuse amérindienne ne peut pas être appréhendée à travers des concepts tels que le polythéisme ou le monothéisme. Le concept le plus adapté serait le « pan-enthéisme », issu de la mystique chrétienne et reposant sur une conception « tout-inclusive » de Dieu (*ibid.*).

Malgré l'influence du christianisme et de la culture occidentale, on observe aujourd'hui la persistance de la spiritualité des Amérindiens. Qu'importe le degré d'intégration à la société « dominante », on constate l'existence de cérémonies traditionnelles sur tout le territoire canadien. La survie de ces religions anciennes serait due à la capacité d'actualisation dont font preuve les membres des communautés autochtones. Beaucoup d'entre eux cherchent effectivement à maintenir leur héritage culturel et spirituel, comme l'a évoqué A. Levesque (2015) à propos des minorités indiennes du Québec. De plus, les religions amérindiennes sont dotées d'une dimension « informative » et « performative » (Peelman, 1994, p. 75) et sont donc ancrées dans l'idée du « ici et maintenant ». Les souffrances actuelles des Autochtones, relevant de la « déculturation » et de la destruction des communautés, peuvent être traitées grâce aux rituels amérindiens, auxquels on peut attribuer une valeur thérapeutique indéniable (*ibid.*).

Du point de vue autochtone, quand une personne ou une communauté présente des déséquilibres, des problèmes de santé peuvent apparaître. La capacité de résilience, des liens solides avec la culture, la langue, la spiritualité ainsi que le capital social et la solidarité peuvent aider à promouvoir la santé et prévenir les maladies (Agence de la santé publique du Canada ou ASPC, 2015). Ces facteurs de protection du bien-être renvoient directement aux croyances traditionnelles des Autochtones. Ainsi, le mieux-être se situe à deux niveaux

interreliés (voir Annexe 2). D'une part, au niveau individuel, les différentes facettes de la vie humaine, soit le physique, le psychologique et le spirituel, doivent être en accord. Pour ce faire, l'être humain doit rétablir une harmonie et une interconnexion en se réconciliant avec lui-même, les autres et tous les éléments composant son environnement. Cela passe notamment par l'adoption d'un mode de vie sain, ou « Mino-Bimaadiziwin » chez les nations Ojibwe (ASPC, 2015). Il s'agit d'une harmonie et d'un équilibre interne et externe, l'univers étant une sorte de réalité « sacrée ». D'autre part, le bien-être renvoie au niveau communautaire, englobant les individus, les familles, les collectivités, la nation, voire toutes les sphères de la vie sociale (économique, judiciaire, politique, etc).

La guérison est un processus cyclique dont le point de départ est l'individu ; elle s'étend par la suite à la famille et la communauté. Le parcours de guérison individuel se confond ainsi avec le parcours de guérison communautaire, tous deux étant rattachés aux impacts intergénérationnels générés par la souffrance individuelle et collective. P. Lane, M. Bopp, J. Bopp et J. Norris (2002, cités dans Clément, 2007) comparent le processus de guérison des communautés autochtones au cycle des changements de saison. Les parcours sont marqués par différentes périodes, alternant avancées et récessions. L'hiver marque le début du parcours, moment où les dysfonctionnements atteignent leur paroxysme au sein de la communauté. Le printemps représente l'amorce de la démarche de guérison, période où se mêlent motivation générale et oppositions entre les groupes. Ensuite, l'été est la saison de la stagnation et du blocage, pendant laquelle on peut observer un découragement de la part des communautés et des intervenants. Or, durant cette période de repli, les auteurs repèrent « beaucoup d'apprentissage et d'assimilation des acquis » (Lane et al., 2002, cités dans Clément, 2007, p. 128). Finalement, l'automne est l'étape de la transformation des systèmes communautaires.

B) L'idéologie pan-indianiste au cœur du mouvement de guérison autochtone :

Nous avons évoqué plus haut la prévalence et l'incidence de l'abus de l'alcool et des substances psychoactives parmi les populations autochtones. Au Canada, quatre caractéristiques sont au fondement de la politique de réduction des méfaits : le pragmatisme, selon lequel l'abstinence n'est pas toujours possible ; les valeurs humaines telles que le respect de la dignité et des droits des individus ; l'importance des risques de la consommation ; la hiérarchie des objectifs visés. Cette démarche pourrait correspondre à la vision holistique de

la santé des Autochtones (Reading et Halseth, 2013). Une des initiatives lancée par le gouvernement fédéral se nomme le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Elle marque le passage d'un modèle médical à la promotion de la santé ainsi que le retour à des thématiques spirituelles au cœur des traditions autochtones en Amérique du Nord (Chansonneuve, 2007). La culture et plus exactement la spiritualité amérindienne, se présente comme un support à la guérison. Depuis quelques décennies, un mouvement de guérison autochtone s'est mis en place au Canada, parallèlement à un contexte de revalorisation de la culture autochtone. Celle-ci repose sur plusieurs stratégies, à savoir : retrouver un sentiment d'appartenance et donc, une fierté identitaire et culturelle ; cultiver la sagesse des enseignements traditionnels ; développer de nouvelles manières de vivre, penser et agir et enfin, rétablir les rôles et redonner aux individus la capacité de résoudre leurs propres problèmes (Chansonneuve, 2007).

Les centres de soins destinés aux populations autochtones véhiculent ainsi une idéologie basée sur une spiritualité pan-indienne, visant la revalorisation des traditions autochtones (Bousquet, 2005). Le pan-indianisme réunit des éléments culturels hétéroclites, provenant de cultures autochtones différentes, auxquels viennent s'ajouter des savoirs issus de la culture occidentale. Cet ensemble représente une tentative de reconstitution d'une « *culture globale, distincte, cohérente et en rapport avec l'histoire de ce que signifie « être d'ici ».* » (Boudreau, 2000, cité dans Bousquet, 2005). Il serait également doté d'une « valeur fonctionnelle », dans la mesure où il peut contribuer à la résolution d'un ensemble de pathologies variées, allant des faits de violence aux dépendances et au suicide.

Par exemple, les Algonquins ont mis en place des centres de désintoxication. La prise en charge se base sur une vision particulière de l'histoire, à propos de l'aliénation des Amérindiens qui doivent « redevenir autochtones, protéger la Terre-Mère et rejeter l'alcool et les drogues. » (Bousquet, 2005, p. 155). En somme, la thérapie a pour objectif de résoudre le conflit entre les Blancs et les Indiens par la réactivation de la différence identitaire, en mettant l'accent sur des valeurs dites autochtones, telles que la sobriété. En outre, il y a un travail de redéfinition de l'identité sexuelle et de la complémentarité des sexes car la perte de l'identité sexuelle conduirait à la violence familiale et à l'abus de drogues (*ibid.*).

Les approches thérapeutiques associées au mouvement de guérison autochtone se fondent sur l'idée de la « traditionalité ». En d'autres termes, les pratiques sont considérées comme étant issues de traditions « anciennes », apprises et transmises au cours du temps parmi les nations autochtones. Cependant, il n'est pas question de mobiliser des connaissances

légitimées en fonction de leur degré de traditionalité (Waldram, 2008). En effet, la référence à des enseignements traditionnels constitue plutôt un point de repère sécurisant pour les individus et une représentation symbolique positive les soutenant dans leur parcours de soins parfois compliqué. Il s'agit plus de combiner différents éléments afin de construire des réponses appropriées aux situations individuelles. Finalement, les participants sont plus animés par l'espoir de trouver des solutions concrètes que préoccupés par la légitimité scientifique et par la traditionalité de telle ou telle pratique ou encore par la « contamination culturelle » (*ibid.*, p. 6). Les centres de soins forment un cadre thérapeutique délimité, où prennent place les activités et plus globalement, un climat de confiance et de sécurité (Chansonneuve, 2007).

Avant toute chose, les intervenants soulignent l'importance de partager son vécu avec d'autres par l'intermédiaire du récit de vie. Les récits de vie sont intégrés aux cercles de guérison, durant lesquels les individus se réunissent afin de partager leurs expériences douloureuses (Laugrand et Oosten, 2008). Ils sont utilisés par différents groupes à la fois Amérindiens et Inuits et s'adressent à tous les publics. Chez les Inuits du Nunavut et du Nunavuk, les cercles de guérison ont été importés récemment. Les cercles de guérison instaurent un contexte spécifique où les individus expriment leurs émotions, en particulier leur chagrin (cris, pleurs, etc) dans le but d'extraire le mal. Les cérémonies se déroulent dans une atmosphère de confiance et de paix. Le pardon, valeur éminemment chrétienne, est d'une grande importance et la prière détient un rôle central. Il s'agit aussi d'une protection contre les mauvais esprits.

On retrouve également les récits de vie au sein des rituels de la suerie/la hutte à sudation (Bucko, 1999). À l'instar des cercles de guérison, la suerie est une pratique qui peut être utilisée pour divers problèmes, qu'il s'agisse de faits de violence, de la perte d'un proche ou d'une maladie. Elle est également effectuée en amont de certaines célébrations, telles que le pow-wow. Là encore, l'expression verbale de la souffrance, aidée par la prière individuelle et commune, est centrale dans la guérison. La suerie peut s'étendre sur plusieurs rondes de prières afin de répondre aux besoins de chacun. Il s'agit d'une « expérience cathartique » (Waldram, 2008, p. 64), se déroulant dans un cadre respectueux et confidentiel où chacun est tenu d'écouter l'autre sans intervenir.

Elle a traditionnellement lieu dans une hutte, représentation matérielle de l'utérus de la femme. Les pierres sont disposées au milieu de la hutte et sont chauffées par le feu, autour duquel les participants se positionnent. Une fois les pierres chauffées, elles sont recouvertes

d'eau, produisant de la vapeur. Cette opération a pour objectif de faire « suer » les participants, les conduisant ainsi à extraire le mal. Le guérisseur anime la cérémonie et interprète les messages transmis par les esprits, les pierres étant les agents intermédiaires avec les ancêtres. La tente à sudation est un rite de purification et un moyen de communication avec l'au-delà. Au cœur de cette cérémonie, les quatre éléments, à savoir l'air, la terre, l'eau et le feu ainsi que les quatre points cardinaux sont constamment rappelés. Des herbes sacrées comme la sauge sont passées sur le corps et la pipe à tabac circule de main en main, dans le sens des aiguilles d'une montre. La suerie nous donne une illustration de l'utilisation contemporaine et ritualisée du tabac chez les Amérindiens.

Ces cérémonies permettent aux Autochtones de maintenir vivantes leurs traditions. Par exemple, les Inuits sont parvenus à conjuguer les traditions chamaniques et les valeurs du christianisme. Des programmes plus spécifiques destinés aux générations ayant vécu dans les pensionnats font usage des savoirs traditionnels, tels que les chants, les danses, le tambour mais aussi les sorties dans la toundra (Laugrand et Oosten, 2008). Celles-ci sont une manière de retrouver une connexion avec la nature. Le succès de ces cérémonies peut s'expliquer par le fait qu'elles semblent en mesure de guérir les divers maux contemporains au niveau individuel et collectif (Waldram, 2008).

C) Association(s) de soins occidentaux et traditionnels dans le contexte canadien :

Les cercles de guérison et le rituel de la suerie comptent parmi les cérémonies les plus connues et les plus utilisées aujourd'hui pour répondre à la demande de soins des Autochtones. Ces pratiques servent de support au processus de guérison, sans pour autant rompre avec les traitements plus conventionnels ou les apports des médecines alternatives. Dans la vision autochtone, l'approche alternative désigne l'ensemble des méthodes qui ne font pas partie des prises en charge légitimées, réglementées et assurées par les provinces canadiennes (Archibald, 2006). On peut en citer quelques-unes : l'homéopathie, l'acupuncture, la bioénergie, la réflexologie ou la naturopathie. Les approches occidentales regroupent quant à elles l'ensemble des spécialistes et professionnels de la santé ayant été formés au sein des institutions occidentales et renvoient donc aux psychologues, psychiatres, éducateurs, médecins et travailleurs sociaux. Ils sont organisés en corporations, leurs pratiques étant autorisées et reconnues. Enfin, les approches traditionnelles désignent les stratégies de guérison axées sur la culture et comprenant les cercles de guérison, les cercles de parole, la

suerie, les fêtes et autres pratiques spirituelles (*ibid.*). La spiritualité autochtone revêt une grande diversité de formes selon les groupes. A ce titre, il est intéressant de noter que cet éclectisme provient de phénomènes d'emprunt entre les différents groupes autochtones répartis sur le territoire (Waldram, 2008). Dans le contexte autochtone, la guérison regroupe une grande variété d'activités, d'idées et d'événements se manifestant à plusieurs niveaux, de l'individuel à l'inter-tribal (Chansonneuve, 2007).

Les thérapies issues de la biomédecine incluent la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie, notamment le psychodrame, le counselling individuel et familial, les thérapies non-verbales comme l'art, ou encore la psychoéducation. Les pratiques traditionnelles sont considérées « indigènes » par les Autochtones et non « alternatives ». Cependant, ces médecines se rapprochent dans la mesure où elles partagent une conception englobante de la santé et certains éléments communs dans leur rapport au corps. Par exemple, les guérisseurs amérindiens effectuent des massages pour soigner les déséquilibres physiques, énergétiques et spirituels. Or, ces massages se distinguent de la massothérapie occidentale car ils ne sont jamais appliqués en traitement unique mais associés à une cérémonie spirituelle (Archibald, 2006). Malgré les oppositions apparentes entre ces systèmes de guérison, beaucoup de programmes canadiens fonctionnent sur la combinaison des approches thérapeutiques traditionnelles, occidentales et alternatives (*ibid.*). Il existe des façons multiples de les associer. Les thérapies occidentales « modernes » sont rarement appliquées seules mais le sont en association avec d'autres interventions telles que des activités culturelles.

Généralement, les interventions sont agencées de telle manière qu'elles puissent favoriser une démarche thérapeutique holistique. La plupart des prises en charge s'appuient en priorité sur la spiritualité amérindienne et sur les valeurs culturelles autochtones afin de faire « fusionner » des pratiques à la fois traditionnelles et cliniques (voir Annexe 3, tableau 1). Il peut s'agir ainsi d'une combinaison mixte, où une thérapie est intégrée ou bien adaptée à une autre. Le recours à une pluralité de pratiques met en évidence les qualités de souplesse et de créativité nécessaires à l'établissement de projets destinés aux populations autochtones (Waldram, 2008). Les programmes sont donc poussés à établir des « modèles » de guérison changeants et adaptables selon les particularités et besoins des individus. De plus, cette démarche s'inscrit dans le principe d'ouverture culturelle propre aux Autochtones qui ont souvent procédé à des emprunts d'éléments issus d'autres cultures et groupes (Niezen, 2009).

C. Plourde, N. Brunelle et M. Landry (2010) se sont intéressés aux stratégies de résolution des problèmes privilégiés par les Inuits. Ils avancent qu'il existe une compatibilité possible

entre les pratiques modernes et traditionnelles de guérison. En effet, il y aurait une convergence entre les valeurs et les attitudes d'aide propres aux Inuits et celles propres aux occidentaux. Au niveau des valeurs, on retrouve l'acceptation des différences individuelles, le respect du patient et de ses décisions et la croyance en sa faculté de changement. Les qualités dans la relation thérapeutique seraient la chaleur, l'absence de jugement et l'acceptation de l'autre. Enfin, le processus d'aide prendrait appui sur le partage, l'écoute, la compréhension ainsi que l'exploration de toutes les options. Les chercheurs proposent de valoriser les stratégies des Inuits grâce à des situations de pluralisme médical respectueuses des référents culturels, sans pour autant rompre avec les connaissances actuelles en matière de toxicomanie.

II) Les répercussions de la démarche de guérison : enjeux et défis

A) Les « méthodes éprouvées » : une possible évaluation des approches traditionnelles ?

Il nous semble important d'aborder la question de l'efficacité ou plus exactement la mesure de la satisfaction. D'après J. Benoist (2000), les individus malades se situent davantage dans une « quête de thérapie », espérant surtout obtenir des résultats efficaces et rapides. Ce serait pour cette raison qu'ils conjuguent des pratiques différentes, parfois simultanément. Le questionnement autour de l'efficacité implique une hiérarchisation des savoirs et pratiques médicaux. En effet, l'efficacité est une construction sociale qui dépend des significations et des conceptions de la santé propres à chacun. Les divers exemples d'interventions thérapeutiques auprès des Autochtones nous amènent à nous questionner sur l'efficacité des thérapies traditionnelles. Ces dernières sont difficiles à évaluer du fait qu'elles échappent partiellement au paradigme scientifique occidental. Il est compliqué d'en donner une définition dans la mesure où l'efficacité dépend des différences entre programmes et des représentations des acteurs impliqués, soignés et soignants. Cela est d'autant plus délicat en raison de la dimension spirituelle et psychosociale de la guérison autochtone.

Pour autant, la question reste centrale pour les prestataires de soins et les participants aux programmes ; ils attendent et espèrent tous une amélioration de l'état de santé. Certains chercheurs ont développé le concept de « meilleures pratiques » pour faire référence à des interventions qui fonctionnent mieux que d'autres. Il nous en est donné une signification assez souple : « (...) *les leçons d'expériences retenues – un approfondissement ou un enseignement qu'on peut tirer de ce qui nous semble bien fonctionner.* » (Waldram, 2008, p. 6). Ces « meilleures pratiques » seraient novatrices, sources de changements durables et adaptables dans d'autres contextes. Certains s'opposent à cette expression, au sens où elle implique un jugement et met en place une hiérarchisation des pratiques. Pour d'autres, le terme « pratiques prometteuses » serait plus approprié à la vision autochtone de la guérison en tant que processus dynamique (Archibald, 2006). Ces pratiques renvoient à des approches, des techniques ou des initiatives qui puisent leurs racines dans l'expérience des Autochtones, répondant à leurs besoins diversifiés et conduisant à des changements positifs dans la vie quotidienne.

Les avis restent donc divergents quant aux termes et aux méthodes employés afin d'évaluer les pratiques « fructueuses » en contexte autochtone. Des différences existent entre les méthodes occidentales et autochtones de recherche et de méthodologie d'évaluation. D'après le Centre de collaboration de la santé nationale autochtone (2012, cité dans ASPC, 2015), les modèles de recherche occidentaux visent à mettre en avant les méthodes reproductibles ayant été testées, dont la validité renvoie à des résultats probants et constants. Les modèles de recherche autochtones valorisent plutôt les méthodes où la communauté est mobilisée, dont la priorité est la justice et l'action. Dans ce cadre, la vision occidentale et autochtone d'une pratique « exemplaire » varie. Du point de vue des organisations autochtones, le modèle des pratiques exemplaires n'est pas approprié en raison de la diversité des cultures autochtones et de la diversité des situations caractérisant les communautés (ASPC, 2015).

Le principe de reproductibilité est ainsi remis en cause étant donné qu'une intervention ne peut pas fonctionner au sein de tout contexte autochtone. Un nouveau terme a récemment été adopté au sein de certains cercles, celui de « méthodes éprouvées » (ASPC, 2015). L'examen et l'évaluation des pratiques devraient davantage porter sur la « compréhension des gestes » (*ibid.*, p. 5) que sur la documentation. Le mot « éprouvé » correspond à la vision autochtone d'un monde actif et du processus de guérison en train de se faire. Il renvoie ainsi aux valeurs véhiculées par la spiritualité amérindienne, au cœur de laquelle se retrouve le principe de l'expérience. L'évaluation des programmes doivent donc se faire à partir des discours, des points de vue et des épistémologies autochtones. Pour ce faire, il serait possible de soutenir la recherche autochtone, notamment dans les milieux scientifiques et universitaires (Vickers, 2009).

La réflexion à propos de la santé mentale des collectivités a amené certains chercheurs à élaborer le concept de « continuité culturelle » (Lalonde, 2009). Au départ, ils l'ont appliqué à l'échelle de l'individu dans l'étude de l'influence de la culture dans la construction identitaire et sur le bien-être chez les adolescents autochtones. Le but était de déterminer comment les individus parviennent à développer une identité pendant cette période de changements majeurs qu'est l'adolescence. Appliquée à l'échelle communautaire, la « continuité culturelle » se compose de deux facettes. D'une part, elle désigne un sentiment d'appartenance au passé, lié à l'héritage culturel. Elle fait référence aux manières dont les Premières Nations sont parvenues à maintenir des pratiques traditionnelles. D'autre part, elle désigne l'engagement collectif vers un avenir commun et plus précisément, le contrôle local de la vie

communautaire. Les indicateurs permettant de mesurer la continuité culturelle sont variés, allant de la préservation des langues traditionnelles au contrôle des services de santé et la participation des femmes à la gouvernance locale. Les recherches ont mis en évidence que les dysfonctionnements (suicide, violence, etc) étaient moins élevés dans les communautés où les membres s'organisent afin de préserver leur héritage culturel et contrôler leur avenir (Lalonde, 2009).

B) Le rôle central de la communauté dans la guérison :

Dans l'approche des nations autochtones, la guérison est perçue comme le travail de toute une vie et « *les changements observés sont subtils, perceptibles seulement par les proches (...) et, donc, normalement invisibles dans le cadre d'une évaluation clinique.* » (Waldram, 2008, p. 7). On peut suggérer que ces interventions fonctionnent lorsque les individus qui y participent en retirent une expérience personnelle positive et constructive. La mesure de l'efficacité serait donc liée à la mesure de la satisfaction personnelle des individus ayant entrepris une démarche de guérison. Elle renvoie davantage à des changements d'attitudes et de petites améliorations quotidiennes. Il peut s'agir de l'adoption d'un style de vie plus sain (diminution ou arrêt de la consommation de tabac, d'alcool, etc), de l'établissement de relations moins conflictuelles avec son/sa conjoint(e), d'un investissement plus important dans la vie sociale et collective ou encore d'un sentiment de responsabilisation individuelle. Le processus de guérison conduit ainsi à des changements complexes à la fois au niveau individuel, familial et collectif. Ce sont avant tout des expériences très subjectives et « personnalisées » qui dépendent des visions et des intérêts de chaque personne (Krawll, 1994).

C'est par exemple ce que M-P Bousquet (2005) observe chez les Algonquins. Elle met en évidence la création d'un réseau d'entraide et de solidarité entre les désintoxiqués venant se substituer aux structures familiales traditionnelles. Ce réseau de « sur-parenté » marque l'émergence d'un nouveau type de lien social. En devenant sobre, l'individu se positionne en tant que figure de réussite et modèle de sobriété pour le reste de la communauté. Il faut noter que les thérapeutes traditionnels sont généralement d'anciens dépendants. Nous voyons comment les recours thérapeutiques ont participé à la création d'un nouveau système de valeurs et de conduites parmi les communautés algonquines. Ces derniers se sont mobilisés pour promouvoir la désintoxication et reconstruire une image positive et valorisante de

communautés autochtones « saines » et « sobres » (Bousquet, 2005, p. 134). Une communauté saine regroupe plusieurs conditions, à savoir la participation des membres aux activités communautaires, des valeurs collectives telles que le partage, la confiance et la sollicitude, la communication, l'éducation et un processus de responsabilisation (Krawll, 1994).

La communauté a donc une importance centrale dans la réussite des interventions. Celles-ci seront plus adaptées si elles sont respectueuses des protocoles communautaires et du contexte local (ASPC, 2015). Nous nous situons en l'occurrence dans une démarche d'empowerment communautaire, basée sur le principe du pouvoir d'agir, l'action et la réflexion et plus largement, sur le principe d'autodétermination des peuples autochtones (Plourde, Brunelle et Landry, 2010). La participation des Autochtones à l'amélioration de leur santé permet de renforcer leur identité culturelle au sein d'un contexte contemporain occidental, de prendre en charge leur destinée et d'acquérir une autonomie dans la gestion de leurs problèmes sociaux (Pronovost, 2009). L'idée de développement communautaire s'appuie sur les capacités des individus à s'organiser et à mettre en oeuvre des mesures afin de régler des problèmes soulevés par les membres. Dans cette approche, l'intérêt est davantage porté sur les personnes elles-mêmes que sur les projets. Par conséquent, les changements et la guérison passent par la mise en place d'initiatives communautaires organisées et dirigées par la collectivité.

C) Interventions auprès des Autochtones : quelles pistes, quels obstacles ?

D. Noël (2006) suggère que les institutions médicales portent leur intérêt sur les particularités des contextes sociaux et sur les systèmes de valeurs et d'explication de la réalité des divers groupes culturels autochtones. Cela permettrait d'établir des liens entre des représentations du monde et de la santé différentes. P.J. Vickers (2009) évoque l'intégration de la « Loi ancestrale » des nations autochtones dans le processus de guérison en santé mentale. Cette Loi repose sur le « respect » de soi, des autres et de l'environnement ainsi que sur la dimension essentielle du « coeur », désignant un « lieu de puissance qui contient et produit de l'énergie » (*ibid.*, p. 20). La Loi ancestrale peut être renforcée grâce au maintien des cérémonies traditionnelles. B. Roy (2005) propose de s'appuyer sur un axe d'intervention plus social et spirituel que médical ainsi que sur le développement de groupes et réseaux d'entraide pour les personnes toxico-dépendantes. Les Aînés et les individus qui sont parvenus à s'en

sortir, tels que les modèles de sobriété, constituent des ressources et des forces dans la mesure où ils sont en mesure de partager leur histoire de vie et transmettre les valeurs culturelles. Les nations autochtones pointent l'importance de la communication entre les générations dans la prévention des maladies et dans le processus de guérison (Krawll, 1994 ; Martin-Hill, 2003). En outre, des lieux d'apprentissage mutuel pourraient être créés réunissant des praticiens de la médecine occidentale, des médecines douces et traditionnelles (Martin-Hill, 2003).

Selon A. Pronovost (2009), de nombreux défis font encore obstacle à la guérison des Autochtones. Les institutions créées par l'Etat canadien s'inscrivent dans un paradigme de type « paternaliste », voire néo-colonialiste. L'existence et la grande visibilité des divers problèmes touchant les Autochtones ont renforcé le stéréotype d'infériorité à leur égard, conduisant à la déresponsabilisation de l'individu délinquant. Cela justifie en même temps la légitimation de l'intervention et de la prise en charge par l'Etat. Ainsi, les centres de soins présents dans les communautés autochtones seraient des lieux de surveillance et de discipline, fondés sur des « critères de normalité et de déviance » (*ibid.*, p. 36). Nous pouvons mobiliser le concept de « bio-pouvoir » de M. Foucault pour désigner l'intervention politique dans le domaine de la santé ainsi que l'hégémonie de la biomédecine aux dépens de la neutralité thérapeutique (Pronovost, 2009). Les Indiens ont longtemps été considérés comme des « mineurs » par la loi canadienne. L'interdiction de boire jusqu'en 1985 allait d'ailleurs dans ce sens. Suite à la réintroduction de l'alcool, désormais géré par le conseil de bande des réserves, les Autochtones se perçoivent comme « innocents » des délits associés à leur consommation. En parallèle, un sentiment de culpabilité de la part des Blancs a émergé et renforcé ce discours de victimisation. En conséquence, l'Autochtone est « *une victime du système qui n'est pas responsable des maux qui l'affligent et qui peut dès lors blâmer le gouvernement pour son propre comportement.* » (*ibid.*, p. 38).

Des difficultés se présentent souvent lorsque les individus prennent la décision de se soigner. En effet, la consommation de boisson serait une « caractéristique culturelle locale » (Tremblay, 1995, cité dans Bousquet, 2005). De cette manière, les personnes trouvent peu de soutien au sein de la communauté, la guérison étant perçue comme une rupture dans les liens sociaux. D'autres obstacles plus pragmatiques empêchent l'établissement d'initiatives visant les populations autochtones. Il s'agit par exemple de l'éclatement des services, du personnel tournant, du manque de ressources mais aussi du manque de coordination et de suivi. A cela s'ajoute parfois l'absence d'information en langue autochtone (Plourde, Brunelle et Landry, 2010).

Or, nous avons constaté l'importance des référents culturels tels que la langue dans la guérison des populations autochtones du Canada.

De plus, des oppositions émergent à propos de la définition d'une pratique traditionnelle et donc, sur la façon de la mettre en œuvre. Certains critiquent ainsi la réappropriation actuelle des traditions culturelles. Nous devons également être attentifs aux variations des taux de suicide, de consommation de drogues et de violence en fonction de chaque collectivité. D'après E.C. Lalonde (2009), les comparaisons entre communautés en « bonne santé mentale » et celles en « mauvaise santé mentale » pourraient conduire à l'élaboration d'une « pratique historique prolongée de la pathologisation et de la marginalisation des collectivités autochtones. » (p. 37). Par conséquent, les recherches et les interventions ne doivent pas omettre de prendre en considération la diversité culturelle des Premières Nations.

Enfin, certaines limites au mouvement de guérison autochtone peuvent être évoquées. Comme nous l'avons expliqué, ce mouvement repose avant tout sur une idéologie pan-indianiste et donc, sur la spiritualité amérindienne. Toutefois, J.B. Waldram (1997, cité dans Bousquet, 2005) met en garde contre le risque de développer un pan-indianisme fondamentaliste. Les projets axés sur la culture autochtone pourraient finir par exclure les autres approches thérapeutiques, se considérant de la sorte comme l'ultime voie de guérison. Nous pouvons remarquer que plusieurs thérapies s'appuient sur des critères précis, parmi lesquels la nécessité d'être reconnu « Autochtone » afin d'être intégré aux programmes. Or, il serait intéressant de savoir comment les projets construisent la définition d'une personne autochtone. Ce type de critères implique l'exclusion des toxico-dépendants non-autochtones, alors que certains d'entre eux pourraient éventuellement se reconnaître dans la vision holistique de la santé. En effet, pour nombre d'entre eux, la santé est loin de se limiter à la sphère physique et implique davantage un modèle de type « biopsychosocial », c'est-à-dire holistique (Levesque, 2015).

III) La guérison autochtone en milieu urbain

A) Une population urbaine diversifiée en croissance :

Nous terminerons sur la prise en charge des dépendances en milieu urbain. Nous constatons l'urbanisation croissante de la population autochtone ; 76% des Autochtones « hors réserve » vivent en ville¹³. Il s'agirait d'un phénomène plus spécifique aux régions de l'Ouest canadien. Les tendances de l'urbanisation de la population autochtone s'inscrivent dans des conditions historiques. Il est en effet intéressant de noter que beaucoup vivent en fait sur le territoire de leurs ancêtres. Plusieurs éléments peuvent être considérés (Place, 2012). D'abord, les Autochtones sont très mobiles ; il existe une circulation élevée entre les réserves/régions rurales et le milieu urbain. On observe ainsi un processus de « roulement ». D'une part, les Autochtones migrent des régions rurales vers les régions urbaines et d'autre part, ils se déplacent à l'intérieur même des zones urbaines.

Ensuite, les Autochtones effectuent des aller-retours avec les réserves afin de maintenir des liens avec les communautés, lieux d'échange social et culturel participant au bien-être. Ils décident généralement de quitter les régions rurales dans le but d'avoir accès à de meilleures conditions de vie (éducation, emploi, logement, etc), un meilleur accès aux soins ou parfois pour fuir la violence familiale, ce qui est notamment le cas de la population féminine. Or, en ville, ils font souvent l'expérience du racisme, de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Leur présence est plus élevée dans les quartiers défavorisés ainsi que dans les systèmes pénaux et les centres de traitement. Pour autant, la population autochtone urbaine reste culturellement diversifiée et fragmentée sur le plan législatif (*ibid.*). Ils ne détiennent pas tous le statut d'Indien « inscrit » en vertu de la Loi sur les Indiens et ne sont pas tous membres d'une bande.

Globalement, l'état de santé des Autochtones urbains et ruraux est semblable (Place, 2012). Nous avons vu que la santé dépend d'un ensemble de facteurs interdépendants à la fois sociaux, économiques, politiques et historiques. Le taux de chômage des Autochtones urbains est inférieur à celui des Autochtones ruraux. Leur revenu et leur niveau de scolarité sont supérieurs. Les Autochtones vivant en ville s'estiment en meilleure santé que ceux vivant en région rurale.

13 Statistics Canada (2008). Aboriginal Peoples in Canada in 2006 : Inuit, Metis and First Nations, 2006 Census, Ottawa : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-eng.cfm>

Dans le domaine de la santé mentale, ils sont en meilleure santé. (*ibid.*). Cependant, dans l'ensemble, les Autochtones ont une moins bonne qualité de vie que les non-autochtones, y compris en ville.

B) Les complications dans la prise en charge des populations autochtones urbaines :

Un certain nombre de difficultés se présentent aux Autochtones installés en ville concernant l'accès aux soins. Il arrive qu'ils ne bénéficient pas d'un logement à proximité, du soutien social et financier de la communauté et d'un moyen de transport. La précarité et la discrimination ont un impact négatif sur l'accès aux soins. Dans l'ensemble, les Autochtones « hors réserve » ont des besoins insatisfaits au niveau des soins en raison de services perçus comme « inacceptables » ou en raison du manque de « disponibilité » (Place, 2012, p. 20). La population des Premières Nations « hors réserve » ne profitent pas de l'accès aux services de santé fédéraux, contrairement aux populations des réserves. C'est particulièrement vrai à propos de la prise en charge de la violence familiale, du suicide et des toxicomanies, où il existe peu de services en zone urbaine.

En définitive, les Autochtones urbains sont grandement démunis sur le plan des politiques et des programmes de santé et de bien-être. Les plus âgés et ceux s'identifiant comme Autochtones souhaitent bénéficier d'un accès à des pratiques de guérison traditionnelle (Place, 2012). En effet, plus de la moitié des Autochtones installés en ville s'adressent à des organismes autochtones urbains¹⁴, en particulier à Vancouver et Toronto, où il existe une plus grande variété de services culturels (voir Annexe 3, tableaux 2 et 3). Par conséquent, il est important de prendre en considération les besoins des individus afin d'assurer la « sécurité culturelle » des services. Plusieurs programmes mobilisent ainsi les savoirs des guérisseurs et des Aînés, mêlant soins standards et soins traditionnels dans une optique de revitalisation culturelle (*ibid.*).

A l'instar des autres peuples, les Autochtones utilisent simultanément les services médicaux traditionnels et occidentaux en zone urbaine (Waldram, 1990). D'ailleurs, le recours thérapeutique à deux systèmes médicaux différents serait une adaptation commune. L'utilisation de la médecine indienne traditionnelle se ferait en addition de la médecine anglo-saxonne plutôt qu'en remplacement. Les facteurs culturels ont un rôle déterminant dans le recours à la médecine traditionnelle, particulièrement la langue indienne. Ainsi, on observe

¹⁴ Environics Institute (2010), Urban Aboriginal Peoples Study, Toronto.

une persistance des croyances et des valeurs traditionnelles au sein du contexte urbain multiculturel canadien. L'utilisation des services traditionnels ne semble pas liée à un accès limité aux services de soins occidentaux ou à des problèmes financiers. Les Autochtones présentant des difficultés pour recevoir des soins des services canadiens ne se tournent pas forcément vers la médecine traditionnelle. Enfin, les conditions de vie, en particulier le statut socio-économique, ne constituent pas des variables considérables dans le recours à la médecine traditionnelle (Waldram, 1990).

La question est de savoir si ces programmes suffisent à satisfaire les Autochtones urbains (Place, 2012). Il s'agit alors de se questionner sur les manières dont on peut répondre à ces besoins et sur les facteurs qui peuvent influencer les taux d'utilisation et de fréquentation des services. Nous pouvons également nous demander si les services actuellement fournis sont uniformément accessibles et s'ils sont appropriés aux divers segments de la population autochtone (les jeunes, les femmes, etc). C'est d'ailleurs la réflexion de D. Noël (2006) lorsqu'elle se penche sur les réponses à la demande de soins des Autochtones « hors réserve » en matière de santé mentale.

Dans le paysage sanitaire canadien actuel, les nouvelles cliniques se situent dans une approche transculturelle. Or, elle souligne la difficulté pour les institutions médicales à accueillir « l'Autre venu d'ici » (2006, p. 159) et par là même, à identifier et prendre en charge la réalité de la souffrance autochtone. Le champ de la santé canadien ne parvient pas à reconnaître la spécificité culturelle des Autochtones et leurs représentations de la maladie et du bien-être. D. Noël va même plus loin en affirmant que ni la présence autochtone sur le territoire ni la singularité de leur histoire marquée par la violence ne sont reconnues. Pourtant, les Autochtones semblent constituer un groupe « vulnérable » disposant de moins de ressources économiques, sociales et politiques en raison des violences structurelles agissant aujourd'hui encore sur leur santé mentale.

C) « Building a Nation » : le mouvement de guérison autochtone en contexte urbain :

Nous finirons notre recherche sur un exemple pouvant illustrer notre précédent propos. Il s'agit en l'occurrence d'un projet nommé Building a Nation (BAN)¹⁵, mis en place dans le centre-ville de Saskatoon (province de Saskatchewan), au sein d'un quartier défavorisé (Waldram, 2008). Le BAN se fonde sur la vision du monde des quatre directions (Roue de médecine) et sur la famille. Les participants ont tous un profil similaire. Ils ont été séparés de leurs parents et de leur communauté très tôt et placés en « milieu substitut », c'est-à-dire en pensionnat ou en famille d'accueil. Les pensionnats ont souvent été vécus en termes d'expériences douloureuses et traumatiques (abus, maltraitance, etc), empêchant le développement de l'autonomie et d'une image positive de soi et de la culture autochtone. La séparation précoce a entraîné une rupture avec les valeurs et le mode de vie traditionnel, les personnes ayant généralement grandi à proximité de la culture canadienne « dominante ». Cependant, les participants se différencient par une grande diversité de problèmes sociaux, psychologiques et médicaux.

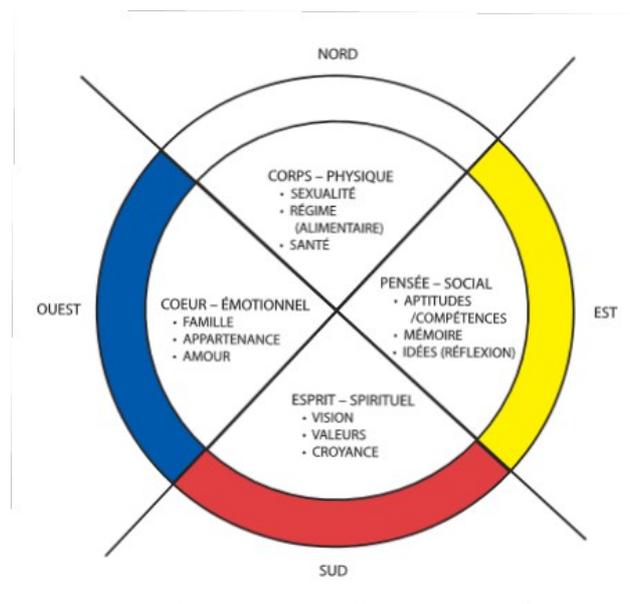
Les récits de vie révèlent des perturbations durant l'enfance et la vie d'adulte, entraînant des problèmes sur le plan affectif et émotionnel. Les individus se tournent vers BAN suite à une rencontre décisive ou à l'intervention d'une personne de l'entourage. Il nous paraît important de préciser que les parcours de vie des thérapeutes et des participants sont similaires. Deux figures se dessinent du côté des soignants, celle du soignant « guéri » et celle du soignant « soigné » qui apporte son soutien alors qu'il est lui-même engagé dans une démarche de guérison. De plus, la distinction entre la victime et l'agresseur reste floue car souvent les agresseurs sont d'anciennes victimes et les victimes reproduisent parfois les actes de violence. Ce constat s'inscrit dans le schéma du cycle des traumatismes et des dépendances, sans pour autant devenir une généralité.

Le modèle de la guérison du BAN est centré sur la Roue de médecine. Elle représente un « outil d'enseignement » (Waldram, 2008, p. 268) symbolique aidant les individus à mener une vie saine et équilibrée. Elle s'insère dans une vision holistique de la santé, permettant de traiter toutes les facettes du cycle de vie d'une personne et donc de répondre à ses besoins sur le plan physique, émotionnel et spirituel. La notion de holisme est employée pour l'étape

15 BAN est un programme financé par la Fondation autochtone de guérison. Fondée en 1988, celle-ci se donne pour objectif de soutenir les populations amérindiennes confrontées aux séquelles héritées des pensionnats indiens. Elle a contribué au financement de nombreux projets sur tout le territoire et à la publication de plusieurs recherches.

thérapeutique mais se concrétise également dans la réalité sociale et quotidienne des individus. En somme, la Roue de médecine fonctionne comme « un tout intégré et harmonieux » (*ibid.*, p. 269). Ce modèle de guérison est compatible avec les conceptions psychologiques contemporaines. De plus, elle peut s'adapter à chaque cas individuel à travers l'exploration de la trajectoire de vie et peut de la sorte s'appliquer à tous les groupes humains.

Figure 1 : Roue de Médecine appliquée par le programme Building a Nation¹⁶ (BAN)



Source : Waldram James B. (dir.), 2008, p. 269.

Des thérapies individuelles et de groupe ainsi que des thérapies centrées sur les couples et les familles font généralement partie de la prise en charge. L'élément central est la réintégration de la personne au sein de son entourage et de sa communauté. L'approche du projet BAN contribue à faire émerger une estime personnelle et une bonne image de soi. Le centre emploie des pratiques traditionnelles autochtones dont la plus importante est le rituel de la suerie ; cérémonie qui favorise le sentiment de force et permet de contrôler ses impulsions. En arrière-plan du processus de guérison, l'approche est reliée à l'histoire de la colonisation et des pensionnats indiens. Le projet tient aussi compte des violences auxquelles sont encore

16 La Roue de médecine est divisée en quatre quadrants, chacun possédant ses propres caractéristiques. Ils sont interdépendants et détiennent ainsi des rôles complémentaires dans la recherche du mieux-être. Le Nord renvoie au corps et au physique, l'Ouest au cœur et à l'émotionnel, l'Est à la pensée et au social et le Sud, à l'esprit et le spirituel. La personne engagée dans une démarche de guérison effectue alors un travail de réflexion et d'action afin d'harmoniser ces quatre ensembles et trouver un équilibre interne global.

confrontés les individus qui se sentent rejetés à la fois du monde des « Blancs » et de celui des Autochtones. Par conséquent, les différentes approches thérapeutiques ne sont pas séparées mais intégrées les unes aux autres (voir Annexe 3, tableaux 2 et 3).

Pour les participants, la guérison est un processus qui revient à l'individu autochtone. Ils font souvent référence à la « force intérieure », à tout ce qui peut apaiser l'esprit et pousser à mieux agir, au fait de retrouver son « intégralité » (Waldram, 2008, p. 302). Il y a l'idée de la maîtrise de soi et de sa vie, d'une prise en main personnelle et d'un exercice de l'autonomie. La question identitaire est au cœur du processus thérapeutique. Ainsi, pour beaucoup, la guérison passe par la reconquête de l'identité culturelle, d'autant plus qu'ils se sentent coincés entre deux mondes. Il s'agit de se reconnaître en tant qu'Indien par l'apprentissage de la langue et de la spiritualité autochtone, notamment à travers les événements culturels tels que le pow-wow. La guérison correspond alors à un cheminement continu et « intemporel » (*ibid.*, p. 304). La Roue de médecine s'inscrit dans cette vision car elle promeut des habitudes de vie saines et une continuité après la mort.

En conclusion, la guérison est un processus psychosocial qui fait le parallèle entre le passé et le présent d'un individu et le rattache à l'histoire des Autochtones en général. La Roue de médecine est un enseignement traditionnel permettant la compréhension des expériences du passé, des situations actuelles et des possibilités offertes par l'avenir. Elle participe à créer une sorte de climat « autochtone » de confiance par le recours à des représentations symboliques d'un mode de vie holistique (Waldram, 2008). La signification de la guérison est liée à la compréhension de l'efficacité du traitement. Il n'y a pas de finalité du parcours en soi au sens où la guérison complète n'est jamais atteinte, le processus demandant des efforts continuels. En effet, les parcours sont ponctués de périodes de récession durant lesquelles les individus sont à nouveau tentés par un mode de vie désordonné. Ils se voient contraints de vivre avec le souvenir des expériences douloureuses du passé et les pressions de leur nouveau quotidien (emploi, logement, nouveaux réseaux d'amis, etc). Dans ce contexte, la réussite se situe dans l'acquisition d'un sentiment de responsabilité et de maîtrise, la baisse des conflits, de la colère et du stress. La satisfaction personnelle, la confiance en soi ainsi que le bonheur sont des éventuelles mesures de la réussite de la démarche de guérison. Un autre indicateur de succès pourrait être l'engagement dans la culture et la spiritualité autochtones.

CONCLUSION GENERALE

En conclusion générale, nous pouvons rappeler quelques éléments essentiels qui ressortent de notre étude. D'abord, l'anthropologie et la sociologie soulignent l'importance de partir de l'expérience sociale des usagers de drogues. Elles placent ainsi au cœur de leur analyse les acteurs sociaux, leurs pratiques et leurs sociabilités. Dans cette approche, l'addiction est considérée comme un fait social établi, une « pratique sociale courante » (Bergeron, 2009, p. 3). Ces disciplines contribuent à déconstruire et démystifier les représentations sociales associées à l'usage de drogues, telles que la misère sociale ou l'irresponsabilité. Elles mettent à distance le jugement moral sur la consommation de substances dans le but de saisir la complexité et la réalité sociologique des conduites addictives (Rosenzweig, 2001).

C. Olievenstein (1983, cité dans Weinberg, 2011) a élaboré la théorie du « triangle addictif », d'après laquelle la dépendance serait le fruit de la rencontre entre « un produit, une personnalité et un moment socioculturel ». Nous pouvons donc dire que les addictions sont des phénomènes multidimensionnels recoupant différents points de vue et champs d'études. Il convient ainsi d'adopter une démarche interdisciplinaire afin de pouvoir saisir l'ampleur et l'hétérogénéité des conduites addictives mais également la pluralité des profils des usagers.

Les consommations « problématiques » parmi les populations autochtones du Canada peuvent s'expliquer à travers des facteurs divers et entremêlés. D'une part, il existe des causes internes à l'individu, c'est-à-dire des raisons personnelles qui le poussent à consommer. Par exemple, il peut s'agir d'un attrait pour une substance ou d'un remède à une souffrance psychique (Guichard, Lert et Dru, 2002 ; Jamouille et Panunzi-Roger, 2001 ; Saïet, 2011). D'autre part, les phénomènes de dépendance mettent en jeu des facteurs socio-économiques, culturels et historiques. C'est pour cette raison que nous devons tenir compte des contextes et des modes de consommation propres aux Autochtones. Nous avons pu constater la marginalisation et l'exclusion sociale des populations indiennes, fortement touchées par la précarité (Dupuis, 1991 ; Place, 2012 ; Reading et Halseth, 2013).

A cela s'ajoute la persistance d'une « sous-culture » de la boisson au sein des communautés, la consommation d'alcool étant perçue comme une règle sociale et un critère d'inclusion au groupe (Pronovost, 2009 ; Roy, 2005). Dans ce cadre, l'alcoolisme serait donc une « réponse culturelle » traduisant les « troubles identitaires individuels et communautaires. » (Pronovost, 2009, p. 31). Nous avons également insisté sur les liens entre souffrance individuelle et souffrance collective, toutes deux étant rattachées à l'histoire des

Autochtones (Clément, 2007). En effet, la colonisation a eu de nombreux impacts, notamment la destructuration progressive des milieux autochtones, conduisant à l'érosion de la cohésion sociale des communautés (Niezen, 2009). Par conséquent, au-delà des déterminants sociaux de la santé, l'histoire apporte des éléments de réponse à la dégradation de l'état de santé général des populations autochtones et au développement des dépendances. Les mésusages de drogues et d'alcool seraient à mettre en relation avec une domination maintenue et reproduite dans le cadre des institutions économiques, sociales et politiques de la société canadienne depuis l'époque coloniale (Clément, 2007 ; Pronovost, 2009 ; Vickers, 2009).

Ensuite, nous retenons que le contexte culturel détient en parallèle un rôle central dans le processus de guérison des Autochtones. D'une part, la guérison prend appui sur des enseignements culturellement significatifs (Chansonneuve, 2007 ; Waldram, 2008). Pour ce faire, elle inclut les conceptions collectivistes et interdépendantes des nations autochtones. D'après nos lectures, les méthodes de la guérison traditionnelle semblent compatibles avec des thérapies occidentales. Ainsi, les structures de soins destinés aux Autochtones – ouvertes à d'autres populations parfois – associent généralement les approches traditionnelles, alternatives et occidentales (Archibald, 2006). Cependant, les traditions autochtones servent de cadre de référence aux programmes et se situent au cœur de la démarche de guérison, la culture étant considérée comme une « force agissante » (Chansonneuve, 2007, p. 43).

Nous partons donc de l'hypothèse que l'association des soins et de la culture pourrait contribuer à l'élaboration de nouvelles formes thérapeutiques. L'intégration de la spiritualité amérindienne et plus globalement les situations de pluralisme médical seraient des solutions possibles à la résolution des phénomènes de dépendance chez les Autochtones. Il est intéressant de remarquer la capacité d'actualisation et de valorisation des traditions des peuples, les conduisant à maintenir leur héritage culturel et linguistique vivant (Bousquet, 2005 ; Chansonneuve, 2007 ; Peelman, 1994).

Par conséquent, la lutte pour la santé se confond avec une lutte identitaire (Levesque, 2015). En ce sens, les projets tels que le BAN transmettent la connaissance de « l'aboriginalité moderne » (Waldram, 2008, p. 320). Les approches occidentales sont acceptées par les individus parce qu'elles font partie d'un cadre légitimé et reconnu comme autochtone. Les Autochtones sont ainsi parvenus à innover et incorporer de la « modernité » sans pour autant renoncer à leurs valeurs et conceptions. Nous pouvons dire que nous assistons à l'élaboration d'une « spiritualité inédite » (Laugrand et Oosten, 2008, p. 66), marquant le caractère mouvant et changeant des traditions.

Dans ce contexte, il est complexe de préciser ce qu'est la guérison. Cette dernière se présente comme un concept polysémique et vague que l'anthropologue tente de saisir à travers les récits et les discours des acteurs impliqués. Du point de vue des Autochtones, la guérison est un « processus actif » et un « processus continu d'auto-transformation » (Gone, 2008, cité dans Waldram, 2008, p. 8). Elle s'apparente à un itinéraire qui s'étend sur toute une vie ; itinéraire semé de réussites et d'échecs, d'avancées et de reculs. Finalement, la guérison correspond souvent à la restauration de relations sociales harmonieuses avec soi-même, sa famille et sa collectivité. Elle marque une recherche de mieux-être et le retour à un état d'équilibre et de complétude (ASPC, 2015 ; Clément, 2007).

Les programmes de guérison qui semblent fonctionner sont ceux axés sur l'empathie et l'ouverture (Waldram, 2008). La spiritualité favorise le développement d'un sentiment d'appartenance et une estime positive de soi. Nous retrouvons le principe central de la réalisation de soi et de la maîtrise de son existence ainsi qu'un processus de responsabilisation personnelle. La spiritualité amérindienne (langue, rituels, etc) détient donc un rôle vital dans la prévention et le traitement des maladies ainsi que dans l'épanouissement des personnes et des collectivités autochtones (ASPC, 2015 ; Lalonde, 2009). Le mouvement du pan-indianisme contribue à la construction d'une fierté identitaire à la fois au sens individuel et collectif.

Nous constatons l'importance de la famille et de la communauté chez les peuples autochtones. D'ailleurs, la guérison prend source à l'intérieur de la communauté (Krawll, 1994). Celle-ci peut se définir par un territoire et un langage partagés mais également par un « ethos » commun (Bousquet, 2005, p. 158). Outre l'amélioration de la qualité de vie des individus, les programmes se focalisent sur la reconstruction des familles et sur la mise en place de communautés plus « saines » et « sûres » (Krawll, 1994). La question de « l'efficacité » reste délicate. Au niveau individuel, la satisfaction peut se traduire par de « petites améliorations ou de nouvelles tournures de pensées et de sentiments » (Kirmayer, 1993, p. 176, cité dans Waldram, 2008, p. 7). Cette satisfaction participe à la création d'un climat de confiance et de fierté au sein des collectivités (Krawll, 1994). Par conséquent, guérison individuelle et guérison communautaire sont deux processus interreliés.

La guérison communautaire s'appuie sur les catégories de jugement propres aux populations autochtones, sur leurs interprétations et leur compréhension des dysfonctionnements les concernant. Les initiatives en contexte autochtone s'appuient ainsi sur les forces des communautés et les besoins respectifs de chacune d'entre elles (Krawll, 1994).

Les modes de consommation des substances varient d'un groupe à l'autre, d'où la prudence de ne pas appliquer un modèle standard unique dans le cadre de la résolution de la souffrance sociale autochtone (Lalonde, 2009 ; Waldram, 2008). De plus, au sein des programmes centrés sur la guérison traditionnelle, nous constatons l'hétérogénéité des profils des participants autochtones. Alors que certains d'entre eux ont grandi en milieu familial autochtone, parlent la langue et ont fait l'expérience des traditions, d'autres n'ont pas forcément tout ce bagage culturel d'origine et ont davantage évolué au contact de la culture occidentale (Waldram, 2008).

Nous pouvons souligner le rôle central des Aînés dans la transmission des enseignements traditionnels (Martin-Hill, 2003). La communication et la collaboration semblent constituer les piliers des interventions thérapeutiques en milieu autochtone. Les Autochtones et non-autochtones se rapprocheraient dans leurs objectifs. En effet, l'amélioration de la qualité de vie est une priorité pour toute société humaine. Ainsi, pour certains, l'approche holistique autochtone pourrait être appliquée à d'autres types de collectivités au Canada (Krawll, 1994). Plus largement, ces initiatives pourraient favoriser la création d'espaces de rencontre et de discussion entre Autochtones et non-autochtones et favoriser un vivre-ensemble dans la société multiculturelle canadienne.

Nous finirons cette conclusion sur le processus de guérison chez les Autochtones « hors réserve » vivant en milieu urbain. Nous avons vu qu'ils se différencient par des disparités socio-culturelles et économiques (Place, 2012). Il est alors intéressant de se demander quel rapport ils entretiennent avec l'identité autochtone mais aussi avec la culture canadienne « dominante ». Pour beaucoup, ces personnes ont quitté leur communauté afin d'avoir accès à de meilleures conditions de vie. En ville, ils rencontrent un certain nombre de difficultés parmi lesquelles un accès aux soins limité, notamment dans le domaine de la santé mentale et des addictions . Nous pouvons nous questionner sur les raisons des complications dans la prise en charge des populations autochtones, en particulier en ville (Kirmayer, 2011 ; Noël, 2006 ; Place, 2012).

La mobilisation des savoirs « traditionnels » culturels au sein des milieux urbains soulève donc des enjeux considérables. Ces Indiens gardent très souvent des liens étroits avec la communauté d'origine en raison du manque de soutien en ville (Place, 2012). Nous suggérons alors que le processus de guérison à caractère culturel peut favoriser le développement d'un sentiment et d'une appartenance communautaire en milieu urbain. Les Autochtones ne bénéficiant pas du soutien de leur communauté ou de leur famille pourraient constituer un

nouveau réseau social d'entraide, à la manière du réseau de « sur-parenté » des désintoxiqués chez les Algonquins (Bousquet, 2005). Par l'intermédiaire de la guérison traditionnelle, les individus pourraient développer non seulement une affiliation à la culture des Premières Nations mais également une affiliation au groupe des usagers de drogues engagés dans une thérapie.